



VineLine

Servicios Paratransit
(Pasajero necesita completar)

City of Lodi Transit
221 West Pine Street
Lodi, CA 95240
(209) 333-6706

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA ADA PARATRANSIT

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada únicamente por las agencias de tránsito en San Joaquin County para la prestación de servicios de transporte y no será proporcionada a ninguna otra persona o entidad sin el consentimiento previo por escrito del solicitante.

Nueva Aplicación Recertificación

Por favor, marca la agencia de transporte que está solicitando (puede seleccionar más de una opción):

- Lodi VineLine Tracer Transit Manteca Transit City of Escalon
- Para el servicio dentro de la Ciudad de Stockton y / o áreas no incorporadas del Condado de San Joaquín, su solicitud será enviada a San Joaquin Regional Transit

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor letra de molde)

Nombre _____ / _____ / _____
Apellido Nombre Inicial

Dirección _____ Apt. # _____ Calle Traviesa _____

Dirección Postal, si es diferente a la anterior

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de Domicilio _____ Teléfono de Trabajo _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Masculino Mujer

Últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social _____

Por favor, indique el nombre y número de teléfono de un amigo o pariente LOCAL con quien La Ciudad de Lodi puede estar en contacto en caso de una emergencia:

Nombre _____ Relación _____

No. de Teléfono Durante el Día _____ No. de Teléfono en la Noche Tarde _____

1. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (Marque todos los que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas Manual | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Scooter eléctrica | <input type="checkbox"/> Bastón |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Andador |
| <input type="checkbox"/> Tanque de oxígeno | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

2. ¿Es su aparato de movilidad de gran tamaño? Sí No

a. En caso afirmativo, por favor explique: _____

b. ¿Su aparato de movilidad pesa menos de 800 libras cuando está ocupado?

Sí No

3. Es su condición temporal? Sí No

Si es así, su duración prevista: ____ / ____ / ____

4. ¿Cambia su condición de vez en cuando debido a los medicamentos, tratamientos médicos, otros? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique-

Tipo de discapacidad:

5. Tengo un Discapacidad Visual Físico Mental

6. ¿**Cuál** es su discapacidad y **cómo** hace que sea **imposible** para que usted pueda usar el servicio de ruta fija?

7. ¿Hasta dónde puede caminar continuamente o avanzar en su silla de ruedas manual, sin la ayuda de otra persona? (es decir, número de bloques) _____

Podría viajar más si Ud. ha parado a descansar?

Sí No A veces

(Si No o A veces, explique por qué)

8. ¿Alguna vez ha Ud. utilizado alguno de estos servicios de tránsito? Marque todas las que correspondan:

Ruta Fija Paratransit RTD Hopper Otro _____

9. ¿Cuántas cuadras de su casa es la parada más cercana de autobús accesible?

menos de 1 un bloque 2 a 4 bloques 4 o más No lo sé

10. ¿Puede subir y bajar de un autobús equipado con ascensor independientemente?

Sí No A veces No sé

(Si No o A veces, explique por qué):

11. ¿Su capacidad para utilizar el transporte público se ve afectada por el clima o las barreras ambientales / arquitectónico que bloquean su ruta de viaje? (por ejemplo, los extremos de temperatura, no hay aceras, la falta de semáforos en una intersección concurrida, etc)

Sí No

(En caso afirmativo, por favor explique por qué):

12. ¿Se puede pedir, entender y seguir instrucciones?

Sí No A veces

(Si No o A veces, explique por qué):

13. ¿Se puede cruzar una intersección de mucho tráfico?

Sí No A veces

(Si No o A veces, explique por qué):

14. Si usted es aprobado para los Servicios Paratransit necesita un asistente de cuidado personal?

Sí No

Certificación del Solicitante

Certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es correcta, a lo mejor de mi conocimiento, y la solicitud será devuelta si no es completo.

Entiendo que los resultados de la revisión se basará en mi capacidad de utilizar el sistema de ruta fija. Verificación de mi discapacidad por mi médico o profesional de la salud, identificado más adelante, no es garantía de mi elegibilidad para la certificación ADA de servicio paratransito.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

Si una persona distinta del solicitante completó esta solicitud, la siguiente información debe ser proporcionada.

Nombre de la persona que llena la solicitud _____

Relación con el solicitante _____

No. de teléfono durante el día _____

**POR FAVOR ENVIA EL FORMULARIO COMPLETO A:
City of Lodi Transit
Attention: ADA Coordinator
221 West Pine Street
Lodi, CA 95240
SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME AL 333-6706**